

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANDREIA SANTOS CARDOSO

PROJETO DE CAPACITAÇÃO DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE
SAÚDE DA UBS VÁRZEA DO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA, MINAS
GERAIS

Lagoa Santa - MG
2014

ANDREIA SANTOS CARDOSO

**PROJETO DE CAPACITAÇÃO DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE
SAÚDE DA UBS VÁRZEA DO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA, MINAS
GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari

ANDREIA SANTOS CARDOSO

**PROJETO DE CAPACITAÇÃO DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE
SAÚDE DA UBS VÁRZEA DO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA, MINAS
GERAIS**

Banca Examinadora:

Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari – Universidade Federal do Triângulo Mineiro –
UFTM - Orientador

Profa. Dr^a. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro –
UFTM - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 21/01/15

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda a equipe da UBS-Várzea do município de Lagoa Santa-MG, pelo acolhimento e carinho; à tutora presencial Cristina Maria da Paz Oliveira Martins, pela compreensão e ajuda e, finalmente, à Professora Jandira, supervisora do PROVAB, pelas melhores discussões. Todos foram fundamentais para o meu aprendizado e crescimento.

“O pessimista se queixa do vento, o otimista espera que ele mude e o realista ajusta as velas.”

Willian George Ward

RESUMO

A educação em saúde é fundamental para desenvolver capacidades individuais e coletivas, com o objetivo final de melhorar a qualidade de vida e saúde da comunidade assistida. Para que uma Unidade Básica de Saúde (UBS) possa atender adequadamente os usuários adscritos em seu território é imprescindível o conhecimento do cenário em que estão inseridos, considerando e valorizando todos os atores envolvidos, adequando suas ações às necessidades. Sendo assim, nota-se a importância da percepção integral e precisa dos problemas dos usuários. Na UBS – Várzea, do município de Lagoa Santa-MG, foi identificado como nó crítico da atenção local, o déficit em termos de conhecimento em saúde por parte das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). A partir do diagnóstico situacional e revisão da literatura, teve-se por objetivo elaborar um projeto de intervenção direcionado à capacitação das ACS da UBS-Várzea. Espera-se oferecer subsídios para o desenvolvimento adequado de suas atribuições, auxiliando no esclarecimento de dúvidas de forma objetiva, contribuindo para melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Palavras-chave: educação em saúde, capacitação, agentes comunitários de saúde.

ABSTRACT

The education in health is fundamental to develop individual and collective capabilities, with the final purpose of improve the quality of life and health of the assisted community. In order to rightly meet the needs of the users followed by the Basic Health Unit, it is necessary understanding the scenery they are inserted in, considering and valuing all actors involved, adapting the actions to the needs. Therefore, its noticeable the importance of integral and precise perception of the user. Thus, at the Unidade Básica de Saúde - Várzea, in the city of Lagoa Santa, in Minas Gerais, was identified lack of instruction at the Community Heath Agents, concerning health information. Was realized a diagnostic situational and literature review to elaborate an intervention project that aims the qualificaton of these employees. The purpose is to offer subsidy to the proper development of its powers, helping them answering questions from the population in a obtective way, contributing to enhance the quality of life of the people.

Key words: health education, training, community health agents.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APAE: Associação de pais e amigos dos excepcionais

BVSMS: Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde

ESF: Equipe de Saúde da Família

FJP: Fundação João Pinheiro

HIPERDIA: Grupo de hipertensos e diabéticos

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

Ipea: Instituto de Pesquisa Econômica

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS: Organização Mundial de Saúde

PES: Planejamento Estratégico

PNUD: Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento

PROVAB: Programa de Valorização da Atenção Básica

PSF: Programa de Saúde da Família

QUALIS: Qualidade Integral em Saúde

SciELO: Scientific Electronic Library Online

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVO	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

1.1 O município

Lagoa Santa está localizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. Encontra-se a 38 km da capital mineira. A população é de 58.702 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014), que ocupam uma área de 229,267 km², com uma concentração habitacional de 229,08 hab/Km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

É uma região calcária situada na Bacia Média do Rio das Velhas. A região é formada por Planaltos com relevos pouco acentuados, clima tropical e temperatura média anual de 22°C (PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA, 2015).

O nome Lagoa Santa se deu devido ao valor curativo de suas águas. Foi Felipe Rodrigues, tropeiro viajante, quem primeiro sentiu o efeito benéfico destas águas. Ao lavar os eczemas de sua perna, sentiu-se aliviado de suas dores e obteve a cicatrização de suas feridas. A notícia da cura milagrosa logo se espalhou pelos arredores e o pequeno arraial passou a receber peregrinos em busca da cura para seus males. Assim se deu o início do povoamento. A maioria das pessoas trabalhava na exploração agrícola, surgindo, depois, a pecuária. Outros iniciaram a comercialização da própria água da lagoa e, na diversificação dos ramos de exploração, foram surgindo novos moradores. Expandiu-se o plantio da cana-de-açúcar e do café, intensificou-se a exploração da agropecuária e o desenvolvimento do arraial. Lagoa Grande, primeiro nome do lugar, teve seu topônimo mudado para Lagoa Santa, por terem sido consideradas santas as suas águas (PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA, 2015).

1.2 Diagnóstico Situacional

1.2.1 Características demográficas e socioeconômicas

A população do município divulgada pelo IBGE era de 52.520, o mesmo órgão estima que em 2014 esse número chegue a 58.702 habitantes. Entre 2000 e 2010, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 3,32%,

enquanto no Brasil o crescimento, no mesmo período foi de 1,01%. A população é predominantemente urbana (93,20)% e a distribuição de homens entre mulheres é semelhante (51% do sexo feminino) (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2014).

Quadro 1 – População Total, por Gênero, Rural/Urbana – Lagoa Santa-MG.

<i>População</i>	<i>População (1991)</i>	<i>% do Total (1991)</i>	<i>População (2010)</i>	<i>% do Total (2010)</i>	<i>População (2010)</i>	<i>% do Total (2010)</i>
População total	26.453	100,00%	37.872	100,00	52.520	100,00
Homens	13.168	49,78%	18.767	49,55	25.735	49,00
Mulheres	13.285	50,22%	19.105	50,45	26.785	51,00
Urbana	24.892	94,10%	35.396	93,46	48.949	93,20
Rural	1.561	5,90%	2.476	6,54	3.571	6,80

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica (Ipea) e Fundação João Pinheiro (FJP), 2014.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é 0,777 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010). Entre todos os 853 municípios mineiros, a cidade foi classificada em nono lugar e se destaca como melhor índice no vetor norte.

A renda per capita média de Lagoa Santa cresceu 251,22% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 303,15, em 1991 para R\$ 1.064,73, em 2010 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2014).

A proporção de pessoas pobres, isto é, aquelas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00, passou de 33,54%, em 1991 para 4,37%, em 2010 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2014).

Quanto ao saneamento básico, apenas 53% dos domicílios apresentam saneamento total adequado e 97,59% da população vivem em domicílios com banheiro e água encanada (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2014).

No quesito educação, o município apresenta taxa de analfabetismo com 15 anos ou mais de 6.8%. Em 2010, 85,42% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2014).

A comunidade conta com escolas, creches e um centro comercial de importância, igrejas, água encanada, APAE, correios, bancos, telefonia, saneamento

básico e luz elétrica, calçamento de vias.

1.2.2 Sistema Municipal de Saúde

Para prestar o atendimento, o município conta com:

- Programa Saúde da Família: 17 ESF + 02 Unidades Apoio e 11 Equipes de Saúde Bucal;
- Serviços de Saúde dispostos nas Policlínicas Regionais: Pediatria, Ginecologia, Ortopedia, Urologia, Otorrino, Psiquiatria, Cardiologia, Cirurgia Geral, Neurologia, Dermatologia, HIPERDIA, Tuberculose/Hanseníase, NASF;
- Farmácia, Coleta de Exames, Imunização;
- Centro Viva Vida – consórcio com Santa Luzia: planejamento familiar, pediatria, ginecologia, mastologia e urologia;
- Projeto Geração Saúde: academia de graça para jovens entre 12 e 19 anos (no momento está suspenso);
- Acompanhamento para asmáticos até 21 anos;
- Grupo de tabagismo por livre demanda;
- Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

1.2.2.1 A Unidade de Saúde da Família – USF Várzea

A UBS se localiza no mesmo espaço físico em que o PSF Joá e a Policlínica Leste, no Bairro Várzea, dentro do Condomínio Solarium. Atende a população do Bairro Várzea e uma parte do Bairro Recanto da Lagoa, divididas em cinco microáreas. A UBS funciona de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 16:30 e não conta com nenhuma farmácia. Além de não contarmos com uma farmácia instalada na própria unidade, praticamente inexistente a interação farmacêutico/usuário/equipe de saúde. Com isso, não é possível controlar exatamente se o paciente está ou não usando – e de maneira correta – o que lhe foi prescrito. Além disso, o farmacêutico seria mais um profissional a orientar sobre a prescrição, o que auxiliaria no entendimento, logo, aumentaria a adesão por parte do usuário.

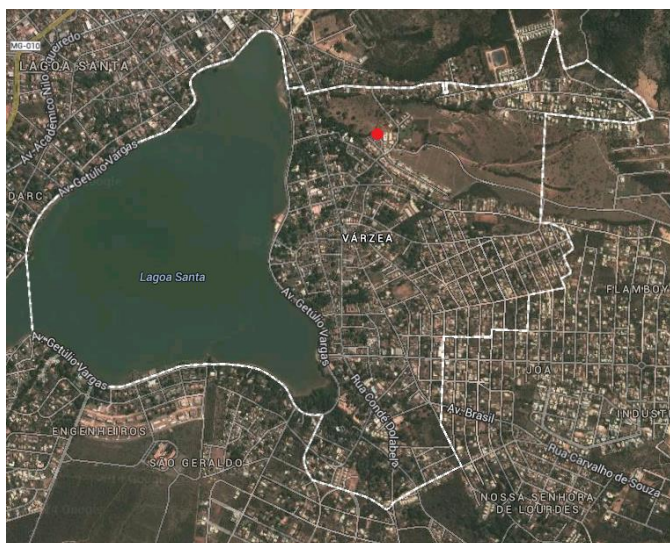


Figura 1: Vista de satélite de parte da região leste de Lagoa Santa.
Fonte: Google Maps

A figura acima delimita, pela linha branca, o bairro Várzea, parte da área atendida pela UBS-Várzea, que se localiza no ponto representado em vermelho.

A equipe de saúde da família (ESF) é constituída por 02 médicas (uma contratada e uma médica do PROVAB), 01 enfermeira, 01 dentista, 01 técnica de enfermagem, 05 ACS, 02 auxiliares de serviços gerais e 01 auxiliar em saúde bucal.

Conforme dito anteriormente, a UBS-Várzea divide espaço com outra UBS e com uma policlínica, porém cada unidade apresenta espaços próprios. No caso da Várzea, há uma sala destinada à recepção e armazenamento de prontuários, duas salas de médico, uma sala para enfermeira, com banheiro exclusivo, um posto de triagem, que também é utilizado para aplicação de medicações para uso IM, oral e EV e observação. Não há sala destinada a reuniões. A área comum consiste em uma grande sala de espera, um banheiro para pacientes e um para funcionários, uma cozinha, uma área para alimentação, uma área para esterilização de materiais e uma sala de curativos. Pelo grande fluxo de pacientes no local, cria-se tumulto enquanto os pacientes aguardam as consultas, o que é motivo de insatisfação dos profissionais e usuários do sistema de saúde. Por isso, apesar de dispor de uma sala exclusiva para recepção, a grande demanda por atendimento e o fato de circularem usuários das outras unidades, há dificuldade para organização de documentos como solicitações de exames, encaminhamentos e prontuários médicos. A unidade atualmente encontra também dificuldade quanto ao recebimento equipamentos de trabalho: gases, escalpos, não há desfibrilador, cilindro de oxigênio

nem suporte medicamentoso e técnico. Não há nebulizador, tampouco sala com espaço adequado para observação de pacientes ou para medicação.

De acordo com dados recentes do SIAB, estão cadastrados no município 1.569 usuários com Diabetes Mellitus (DM) e 5.312 hipertensos. Desses, estão sendo acompanhados 1.336 (85,1%) e 4.596 (86,5%), respectivamente. No ano de 2014 foram notificadas 26 hospitalizações por complicações do diabetes. No mês de novembro de 2014 foram notificadas 244 gestantes, 44 delas menores do que 20 anos. Na UBS – Várzea estão adscritas 951 famílias, correspondendo a 3.188 pessoas. Existem 376 hipertensos registrados e 148 indivíduos com DM, sendo que todos os registrados são acompanhados. Estão realizando pré-natal na unidade 22 mulheres, 6 menores do que 20 anos (BRASIL, 2014).

Percebe-se, a partir dos números da unidade, que é viável realizar adequado acompanhamento de hipertensos e diabéticos, inclusive com ações de promoção de saúde e prevenção de complicações, uma vez que os usuários estão sendo acompanhados. No entanto, ao comparar o número de casos confirmados dessas morbidades, com a prevalência média desses agravos na população brasileira, pode-se levantar algumas hipóteses para a discrepância entre os valores. Por exemplo, que há na área de abrangência da unidade, doentes sem diagnóstico, ou então que os registros não estão sendo feitos de maneira correta, portanto, subnotificados. Ambas as hipóteses igualmente problemáticas. Outro número que chama a atenção é a quantidade de gestantes adolescentes. Isso sugere falha grave na prevenção da gravidez na adolescência, uma vez que quase na totalidade dos casos ela foi indesejada, gerando grave problema social. Outra inferência que se pode fazer em cima desse dado é sobre o comportamento sexual do jovem, algo que está recentemente em pauta em diversos meios, graças ao novo – e significativo – aumento nos casos de AIDS no Brasil: o adolescente está deixando de usar preservativos.

Quanto aos recursos humanos, há profissionais em número suficiente e com adequada formação. O NASF é acessível e mantém contato próximo com o restante da equipe de saúde. No entanto, há um entrave, percebido no dia-a-dia e em reuniões de equipe, que é o déficit em conhecimentos básicos de saúde por parte das Agentes Comunitárias de Saúde.

Como se pode perceber a partir do diagnóstico situacional, há alguns pontos no sistema de saúde do município e da UBS-Várzea que podem ser trabalhados.

Dentre eles cita-se: inexistência de farmácia na unidade, pouca interação entre o serviço de saúde e o profissional farmacêutico, inadequado espaço físico, falta de equipamentos e medicações na unidade, provável subnotificação ou sub-diagnóstico de doenças crônicas, alta prevalência de grávidas adolescentes. Durante as reuniões de equipe, foi possível perceber a necessidade de aprofundamento e discussão de temas cotidianos relacionados à saúde, com ênfase nos ACS. Para que qualquer serviço de saúde ofereça um atendimento de qualidade é imprescindível que toda a equipe esteja alinhada ao mesmo objetivo, dentre eles as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Para isso, a educação em saúde é instrumento fundamental. Os prestadores devem saber compartilhar o conhecimento técnico-científico de maneira compreensível, respeitando ideais e valores de cada indivíduo para que este atinja, de fato, a vida cotidiana das pessoas. Somente através da educação, de todos os atores envolvidos, é possível produzir mudanças práticas nos processos de trabalho, na relação saúde/doença, na gestão e na participação popular.

Nesse contexto, é fácil perceber o porquê do foco nas ACS. Essas pessoas são partes da comunidade, identificam-se com a cultura, com os costumes e com a linguagem. Nunes (2002) apresenta o agente comunitário como parte da comunidade, como “uma pessoa que mora e trabalha no bairro, portanto, que faz parte da mesma realidade, e isso faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas.”

Os agentes comunitários conhecem profundamente a realidade local porque são parte da comunidade. Conhecem os valores, a linguagem, os perigos e as oportunidades. Representam uma possibilidade muito especial de trazer para dentro das equipes de saúde o olhar da população. Um olhar que revela necessidades de um ponto de vista diferente e que, portanto, abre as portas para um universo novo de intervenção. (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2000, p.23)

Portanto, intervir na educação e na formação dos ACS é algo economicamente viável e que certamente pode contribuir na melhoria da saúde da população. Toda a ESF concordou com o propósito deste trabalho: elaborar um plano de intervenção de capacitação dos Agentes Comunitários de saúde. É possível que o projeto seja executado sem gastos adicionais e facilmente adequado a rotina de trabalho dos participantes. Serão ministradas palestras com temáticas diversas, as primeiras pré-determinadas e as seguintes baseadas em sugestões dos

próprios agentes. Atualmente, as reuniões de equipe são realizadas para resolver questões burocráticas, como organização de prontuários e agenda, ou então resolver problemas pontuais – dos usuários - de maneira conjunta. Esse projeto visa, então, iniciar um programa de educação permanente, neste momento com foco direcionado ao ACS. Dessa forma o conhecimento será aprimorado e será possível melhorar a qualidade do cuidado.

2 JUSTIFICATIVA

Os Agentes Comunitários de Saúde se constituem como primeiro contato do usuário com a UBS. Ao aprimorar o conhecimento em saúde dessas trabalhadoras, promove-se uma melhoria no cuidado de um modo geral. “A educação e a saúde são práticas sociais inseparáveis e interdependentes que sempre estiveram articuladas, sendo considerados elementos fundamentais no processo de trabalho dos profissionais da saúde” (BUSS, 1999).

Quase sempre os questionamentos por parte das agentes são facilmente respondidos por um profissional capacitado: “para que é tal remédio?”, “isso é mesmo importante?”, “qual o problema da pressão ficar alta?”. Muitas vezes, os ACS são os membros da equipe em quem os usuários mais confiam. Por isso, as informações por eles veiculadas devem ser precisas e de fácil compreensão. Dessa forma, o paciente passa a entender de forma mais clara a razão do seu tratamento, o que melhora sua adesão, além de aproximá-lo da unidade de saúde, o colocando como protagonista da própria saúde. Os agentes, por outro lado, conhecendo as informações que serão compartilhadas e a sua relevância, conscientizam-se do importante papel que exercem, motivam-se e acreditam no próprio trabalho. A educação influencia e é influenciada pelas condições de saúde, estabelecendo um estreito contato com todos os movimentos de inserção nas situações cotidianas em seus complexos aspectos sociais, políticos, econômicos, culturais, dentre outros (MENDES; VIANNA, 2001).

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção direcionado à capacitação das agentes comunitárias de saúde da UBS-Várzea.

4 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção na UBS-Várzea, situada no município de Lagoa Santa, em Minas Gerais, elaborado do ano de 2014.

Destina-se a toda equipe da unidade, com foco nas Agentes Comunitárias de Saúde.

Para o desenvolvimento e elaboração do projeto foi utilizado o diagnóstico situacional, incluindo reuniões com a equipe de saúde da UBS. Nesse trabalho foi utilizado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico – PES.

Além disso, para subsidiar a abordagem teórica e construção deste projeto, foi realizada revisão de literatura por meio das seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS).

A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: capacitação, agentes Comunitários de saúde, educação em saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família, que hoje é conhecido como Estratégia de Saúde da Família. O grande objetivo dessa estratégia foi rever e reescrever o modelo assistencial vigente e sua visão incompleta do que é saúde e de como lidar com ela.

As definições mais tradicionais da saúde são quase sempre negativas, por exemplo: saúde é a ausência de doenças. Outra consideração, também tradicional, porém positivista, é dada pela própria Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946: saúde é um estado de perfeito bem-estar biopsicossocial. Apesar de melhor, essa definição ainda não é a ideal, pois deixa implícito que saúde é um objetivo final da nossa existência, algo praticamente intangível. Conforme consta no texto Determinantes Sociais de Saúde, disponível na plataforma Agora/Nescon, a saúde é colocada como um recurso, um meio, para a vida do ser humano. Essa definição “permite a clara distinção da saúde em relação aos outros recursos e condições da realização da vida humana, determinando o seu espaço nos objetivos de vida das pessoas” (FARIA et al., 2010). Esbarramos, enfim, na discussão sobre a determinação social dos indivíduos. Além da saúde, outras condições são necessárias para a realização dos indivíduos. Dentre elas, adequada moradia, condições dignas de trabalho, acesso a serviço de saúde e, finalmente, o foco deste trabalho: a educação. É imperativa a educação permanente de todos os indivíduos, para, assim, aumentar o controle individual sobre a melhoria das condições de saúde.

Com o surgimento da ESF, incentivou-se a cultura de um cuidado integrado – e integral – não mais focado na cura, no agudo. Hoje os serviços visam a instituição de um modelo de atenção voltado para as condições crônicas, contemplando os cinco níveis de gestão. A ideia é ampliar o foco da resolução das afecções agudas para a promoção de saúde, a prevenção, a reabilitação e o cuidado paliativo.

Na realidade brasileira, esses saberes – população/equipe de saúde - quase sempre são bastante assimétricos. A população, de um modo geral, é carente de informação. Segundo Alves (2004) um detém um saber técnico-científico, com status de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente informado. A comunicação entre profissional e usuário torna-se praticamente unilateral. O primeiro presume que o outro tenha entendido e aceitado tudo aquilo que lhe foi explicado, orientado e

solicitado e o usuário, por sua vez, é quase que obrigado a aceitar/acatar aquilo que ouviu, mesmo sem realmente compreender. Segundo Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010):

Atribui-se uma importância suprema ao conteúdo da matéria, esperando que os educandos o absorvam sem modificações e o reproduzam fielmente. Este modelo de educação, caracterizado pela transmissão do conhecimento e experiência do professor, é denominada de educação bancária. Consequentemente, o educando é passivo, tomador de notas, exímio memorizador, preferindo manejar conceitos abstratos a resolver de forma original e criadora problemas da realidade em que vive.

Após curto período de experiência em campo percebe-se que esse não é o caminho. Falta reconhecer e atribuir importância aos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde. Falta, principalmente, considerar que os indivíduos são guiados por crenças e valores e cada um detém, sim, outras formas de saber.

Nesse contexto, fica clara a importância de um membro em especial da equipe de saúde: o Agente Comunitário de Saúde.

Acredita-se que por serem (os agentes) pessoas do povo, não só se assemelham nas características e anseios deste povo, como também preenchem lacunas, justamente por conhecerem as necessidades desta população. Acredito que os agentes são a mola propulsora para a consolidação do Sistema Único de Saúde, a organização das comunidades e a prática regionalizada e hierarquizada de assistência, na estruturação dos distritos sanitários. Ser agente de saúde é ser povo, é ser comunidade, é viver dia a dia a vida daquela comunidade.(...) É ser o elo de ligação entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida. É ser a ponte entre a população e os profissionais e serviços de saúde. O agente comunitário é o mensageiro de saúde de sua comunidade. (BRASIL, 1991, p.5).

Consta, no artigo 3 da lei 11.350, de 5 de outubro de 2006 as atribuições dos ACS, a saber:

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações

domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. (BRASIL, Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, 2006).

Portanto, o agente comunitário de saúde é imprescindível para o diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade. Cabe a esse funcionário funções básicas, porém fundamentais para o adequado funcionamento da atenção básica, como a adscrição da população e fortalecimento do vínculo entre o usuário e a equipe de saúde. Isto é, o ACS é de fato um personagem importante, sem o qual a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e a comunidade seria pobre. As atribuições dos ACS são bem definidas pelo Ministério da Saúde: “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (BRASIL, 2001, p. 5-6). Consta ainda no Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde, desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), diversas informações dentro do seu nível de competência. Há conteúdos relacionados a: saúde da criança (por exemplo, obesidade, prevenção de acidentes, saúde bucal); saúde do adulto, com temas como saúde do homem, saúde da mulher, atenção ao idoso; saúde do adolescente; saúde mental, dentre outros (BRASIL, 2009). Portanto, os ACS deveriam estar qualificados a esclarecer diversas dúvidas da população.

No entanto, a realidade é bem diferente. Conforme estudo realizado no município de São Paulo, sobre o agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS/PSF, foi identificado que por Silva (2008) que o agente comunitário não dispõe de instrumentos, de tecnologia, aqui incluídos os saberes para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho. Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum, com a religião e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade.

Além da questão relacionada à precariedade de conhecimentos, para Bachilli, et al. (2008) a realidade é que muitos agentes de saúde, ao ingressarem no PSF desconhecem suas atribuições e sua real importância. Assim, acredita-se que sem conhecer seu trabalho e reconhecer sua importância é impossível ser produtivo e eficaz.

No Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, consta a “inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos éticos e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho” (BRASIL, 1986a, p.6). Nesse contexto, o próprio MS enfatiza em documento (BRASIL, 1999b) que sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implica programas de capacitação desses trabalhadores. Esses programas devem ser pautados nos princípios da Educação Permanente, definida como “educação pelo trabalho, no trabalho e com o trabalho” (ROVERE, 2002). Vasconcelos, Grillo e Soares (2009) entendem Educação Permanente como algo que gere busca de conhecimento para soluções de problemas concretos na prática concreta.

Portanto, um programa para capacitação dos agentes comunitários deve incluir conhecimentos básicos acerca do processo de saúde-doença, abrangendo, não somente a perspectiva biológica, como também outros saberes, de cunho sócio-cultural que os habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades. Neste sentido, Alves, (2004, p. 42) esclarece que:

Há uma necessidade emergente de estimular-se a criação de espaços de escuta e de reflexão sobre o cotidiano dos trabalhadores da saúde, pois de nada adianta a realização de cursos e encontros de qualificação se não forem reservados espaços para olhar, escutar, refletir e reconstruir uma nova forma de trabalhar, na qual os conteúdos teóricos possam subsidiar a prática diária. Articular a teoria com a prática é a melhor forma de criar condições para que habilidades e atitudes sejam discutidas e modificadas com vista à qualificação do processo de trabalho.

Para Costa (2011) deve-se investir na formação dos ACS, tornando-os capazes de lidar com os múltiplos aspectos que revestem o atendimento à população na atenção básica, de forma integrada com a comunidade. O ACS então, transforma-se no que de fato deve representar: “um ‘elo forte’ e verdadeiro.”

Educar para a saúde significa não somente considerar ações curativas mas, principalmente promover intervenções preventivas e promocionais. A educação está vinculada ao trabalho. Isso amplia a abrangência do cuidado e a inter-relação entre usuários e equipe de saúde.

Para Oliveira et al. (2008), a capacitação é um movimento contínuo de formação, sem o qual torna-se impossível alcançar a integralidade do cuidado. Há que se responsabilizar pela pessoa, sem se concentrar na doença e simultaneamente, considerar o ato de cuidar como uma “ajuda para que a pessoa amplie sua autonomia”.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação dos problemas

Apesar do pouco tempo em contato com a equipe da UBS da Várzea, foi possível perceber diversos pontos que podem ser melhorados, já mencionados anteriormente. Dentre eles, foi selecionado um déficit considerado primordial: a escassez de informação dos agentes comunitários de saúde. Muitas vezes, essas trabalhadoras exerciam antes atividades que não se relacionavam com saúde ou até mesmo são formadas em outros cursos. Na ESF Várzea, temos cinco Agentes Comunitárias. Duas delas estão em processo de conclusão de curso técnico em enfermagem, outra é formada em pedagogia, outra era costureira e, a última, formou-se agora no ensino médio e este é seu primeiro emprego. Percebe-se, portanto, que são pessoas que não tiveram oportunidade para adquirir conhecimento sobre questões básicas em relação à saúde.

6.2 Priorização dos Problemas

Quadro 2: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Várzea, 2014.

Principais problemas da UBS	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Inexistência de farmácia na UBS	Baixa	6	Baixa	8
Falta de comunicação entre o farmacêutico e o usuário e a equipe de saúde	Alta	8	Parcial	5
Espaço físico inadequado	Média	6	Baixa	7
Falta de equipamentos e medicações	Alta	9	Baixa	6
Provável Subnotificação e sub-diagnóstico de doenças crônicas	Alta	8	Parcial	4
Alta prevalência de gravidez na adolescência	Alta	8	Parcial	3
Déficit de informação em saúde dos agentes comunitários de saúde	Alta	9	Parcial	1
Desorganização dos	Alta	9	Alta	2

6.3 Descrição do Problema

Após o estabelecimento das prioridades, escolheu-se o déficit de informações dos agentes comunitários de saúde para serem abordados em um primeiro momento. Para isso, será elaborado um projeto de capacitação dos agentes comunitários de saúde. Devido a relevância desses temas, a escassez de conhecimentos se torna um entrave ao cuidado adequado e de qualidade ao usuário.

6.4 Explicação do problema

A equipe de saúde da UBS-Várzea realiza reuniões de equipe mensalmente. Participam desses encontros as médicas, a equipe de enfermagem, os agentes comunitários de saúde e, esporadicamente, funcionários do setor administrativo. Durante essas reuniões foi possível perceber o despreparo das ACS no que tange conhecimentos básicos em saúde. Parte fundamental e primordial do processo de trabalho desses membros da equipe é o contato direto e o vínculo estabelecido com os usuários. Cabe a eles repassar dados epidemiológicos, realizar busca ativa, avaliar condição dos domicílios, dentre outros. No caso da UBS – Várzea os ACS não estão adequadamente preparados para realizar suas tarefas com qualidade.

Por isso foi proposta a elaboração deste projeto. Quanto à seleção dos temas, esta foi feita em conjunto, mediante discussão de quais são as temáticas que as ACS tem mais dúvidas, sobre o que elas são indagadas durante as visitas, além de se basear nos dados de prevalência da própria unidade: grande número de diabéticos e hipertensos, muitos deles sem acompanhamento; doenças transmitidas pelo sexo; gravidez entre adolescentes ou gestações indesejadas; pouca aderência ao tratamento, baixa taxa de realização dos exames de rastreio.

6.5 Identificação dos nós críticos

Mediante os dados coletados e discussões entre a equipe, foi possível selecionar os principais “nós críticos”. Encontrou-se grande déficit de conhecimento em áreas básicas de grande prevalência e importância. Dentre elas, foram estabelecidas prioridades e, assim, foram escolhidos os seguintes temas para se iniciar o projeto de capacitação: planejamento familiar, doenças transmitidas pelo sexo, exames de rastreio fornecidos pelo SUS, diabetes, hipertensão.

6.6 Desenho das operações

Quadro 3 – Operações sobre a capacitação das agentes comunitárias de saúde da Equipe de Saúde da Família Várzea, em Lagoa Santa, Minas Gerais.

Nós críticos	Planejamento familiar, doenças transmitidas pelo sexo, exames de rastreio fornecidos pelo SUS, diabetes, hipertensão.
Operação	<p>Estabelecer práticas de identificação precoce dos fatores de risco para doenças crônicas, diabetes e hipertensão e principais complicações dessas morbidades. Expor de forma simples e objetiva os principais medicamentos para essas doenças e como usá-los.</p> <p>Esclarecer de sobre os métodos anticoncepcionais, sua utilização correta e como prevenir doenças transmitidas pelo sexo.</p> <p>Expor os exames de rotina e definir com qual periodicidade realizá-los, incluindo rastreios de câncer de mama, colo, próstata, intestino.</p>
Projeto	Projeto de Capacitação das Agentes Comunitárias de Saúde da UBS-Várzea.
Resultados esperados	Aprimoramento do conhecimento em temas básicos da saúde, que sejam prevalentes e relacionados à população assistida.
Produtos esperados	ACS capazes de repassar os ensinamentos e orientar melhor a população.
Atores sociais/responsabilidades	Médicos, enfermeiro e agentes comunitários de saúde.
Recursos necessários	Palestras realizadas na própria unidade de saúde, durante a educação permanente, utilizando recursos audiovisuais. O horário e dia devem ser estipulados pela enfermeira, de modo que todos possam estar presentes.
Recursos críticos	Disponibilidade e preparo do palestrante.
Controle dos	Agenda estruturada com programação pré-definida, a ser

recursos críticos / Viabilidade	organizada pela enfermeira, mediante acordo com palestrante.
Ação estratégica de motivação	Apresentar temas de interesse dos ACS, incluindo novos temas por eles sugeridos, em um segundo momento. Abrir espaço para discussões das dúvidas. Usar linguagem simples, de fácil compreensão. Realizar em horário e local viáveis.
Responsáveis:	<p>Enfermeiro: agendamento das palestras adequando-as a agenda da unidade. Buscar constantemente o feedback da equipe para avaliar a efetividade da capacitação.</p> <p>Médico: elaboração e condução das palestras e discussões. Apresentar os temas de forma clara, objetiva e adequada ao nível de conhecimento que o ACS necessita. Estar aberto a sugestões e críticas a fim de melhorar e adaptar o curso ao contexto da unidade.</p>
Cronograma / Prazo	<p>Palestras quinzenais seguidas de discussões, divididas em módulos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Diabetes; Hipertensão arterial; Saúde da mulher; Exames de Rastreamento. <p>Os módulos podem ser divididos de modo que cada exposição de temas não ultrapasse 20 minutos.</p> <p>Após cada apresentação, realizar grupos de discussão para que as agentes de saúde apresentem dúvidas sobre o tema, além de exposição de suas experiências e vivências do dia-a-dia.</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>Em cada encontro será feita uma lista de presença. Os encontros também poderão ser fotografados. O projeto poderá ser continuado, com abordagem de novos temas propostos pela equipe.</p> <p>Ao final dos quatro módulos, as agentes responderão um questionário, anônimo, para que eles avaliem o impacto da capacitação no seu processo de trabalho. Além disso, será um espaço para críticas e sugestões, incluindo novos assuntos a serem discutidos.</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de atenção voltado para a Saúde da Família proporcionou mudanças positivas tanto na estruturação do serviço de saúde e no padrão da assistência, quanto na relação entre os profissionais de saúde e a população. Atualmente, as ações desenvolvidas pela equipe estão cada vez mais próximas das necessidades da comunidade que ela assiste. Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem papel imprescindível.

Conforme consta no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, o ACS é apresentado como aquele que mantém um contato direto e permanente com as famílias. “É um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular” (BRASIL, 2000).

A partir do projeto de intervenção proposto, os ACS terão acesso a conteúdos e informações técnicas que possibilitem desempenhar suas atribuições com maior perícia, respeitando os limites de responsabilidade da sua função. Dessa forma, é possível realizar um cuidado de dimensões complexas, centrado na promoção da qualidade de vida.

Por fim, o projeto de intervenção proposto por esse trabalho pode ter seguimento, desde que adaptado às transformações e às novas demandas da população e da própria equipe de saúde. Isto é, a constante aquisição de conhecimento pela equipe de saúde, também chamada educação permanente, deve ser um dos focos da atenção básica. Somente pela troca de saberes, de forma continuada e multidisciplinar, é possível oferecer um serviço de excelência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, **Sistema de Informação de Atenção Básica** – Situação de Saúde – Minas Gerais. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>>. Acesso em: 18 dez. de 2014.

_____. Legislação Federal, 2006. **Lei Nº 11.350**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em 06/01/2015

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde Secretarias de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família**. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, DF 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. **8ª Conferência Nacional de Saúde** – Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. O Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.portalsaude.gov.br>>. Acesso em: 20 dez. de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

COSTA, A. M. S.; ARAÚJO, M. R. N.; DUARTE, F. M. **A capacitação do Agente Comunitário de Saúde: uma busca na literatura**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2011.

COSTA, T. M. et al. O processo educativo dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da comunidade de Catolândia-Ba: intervindo sobre um problema de saúde. **Sitientibus**, n. 33, p. 85-99, 2005.

DUARTE, L.R.; SILVA, D.S.J.R.; CARDOSO, S.H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n. 23, 2007.

FARIA, H. P. de; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, P. F. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG/COOPEMED. 2010. 68 p.p. P. 38-43. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3933.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

FEUERWERKER, L.C.M.; ALMEIDA, M.J. O Programa de Saúde da Família e o direito à Saúde. **Olho Mágico**, v.6, n.22, p.22-5, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRAFIA ESTATÍSTICA - IBGE. *Censos Demográficos*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm>. Acesso em: 18 de dez. de 2014.

_____. *Cidades @ online*. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=313760>>. Acesso em: 18 de dez. de 2014.

JUNGES, J. R. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2008. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 07 jan. 2014.

MENDES, D.; VIANNA, R. Educação em saúde: tendência atual. In: VIEIRA, R. M.; VIEIRA, M. M.; AVILA, C. R. B.; PEREIRA, L. D. (Orgs.) **Fonoaudiologia e saúde pública**. Carapicuíba: Pró-fono Editorial, 2001. Cap. IV, p.47-63.

NUNES, O.M.; TRAD, L.B.; ALMEIDA, B.A.; HOMEN, C.R.; MELO, M.C.I.C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1639-46, 2002.

OLIVEIRA, A. G. B. et al. Gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 7, n. 3, p. 376-384, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA, Cidade. Disponível em: <<http://www.lagoasanta.mg.gov.br/index.php/cidade-sp-1470105149/79-inf-gerais>>. Acesso em: 6 de jan. 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD), INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA), FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/lagoa-santa_mg>. Acesso em: 20 dez. 2014.

ROVERE, M. **Planificación estratégica de recursos humanos en salud**. Washington: OPS, 1996. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, 96).

SILVA, J. A; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n10, p.75-96, 2002.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 73p.

SPIRI, W. C; SCAVASSA, A. J; BACHILLI, R. G. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13,n. 1, p. 51-60, 2008.